1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER N° 28

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE

DE

FIÈVRE DENGUE

Observée en Nouvelle-Calédonie

SEPTEMBRE 1884 — AVRIL 1885

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Mai 1886

PAR

François-Sylvain MICHEL

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Claviers (Var), le 4 Avril 1859

LORIENT

IMPRIMERIE DE LA MARINE, D. BAUMAL, 82, RUE DU PORT

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER N° 28

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE

DE

FIÈVRE DENGUE

Observée en Nouvelle-Calédonie

SEPTEMBRE 1884 — AVRIL 1885

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Mai 1886

PAR

François-Sylvain MICHEL

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Claviers (Var), le 4 Avril 1859

LORIENT

IMPRIMERIE DE LA MARINE, D. BAUMAL, 82, RUE DU PORT

—

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
GRASSET, Assesseur.

Professeurs :

	Messieurs :
Clinique medicale.	DUPRÉ (✲ C ✲).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✲).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie pathologique et histologie.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et matière medicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Naturelle médicale.	PLANCHON (✲ ✲).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours.)	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Prof. honor. M. MARTINS (O. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques Annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, (✲) agrégé.

Abrégés en Exercice :

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs :
GARIMOND.	MAIRET.	BAUMEL.
JACQUEMET.	CHALOT.	VILLE.
GAYRAUD.	BIMAR.	GRANEL.
DE GIRARD.	MOSSÉ (✲).	[illegible].
SERRE.	REGIMBEAU (✲).	[illegible].
CARRIEU.	BLAISE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CASTAN, *président ;*
COMBAL (✲ ✲), professeur ;
MOSSÉ (✲), agrégé ;
REGIMBEAU (✲), agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A mon oncle, Monsieur LAUGIER

Mécanicien en Chef de la Marine, Inspecteur des charbonnages de la Marine
Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur P. GILLET

Médecin en chef de la Marine, Officier de la Légion d'honneur.

A MES PARENTS

F.-S. MICHEL.

juges en faveur de ce travail pour lequel nous ne voulons invoquer que le bénéfice de l'exactitude.

En dehors des notes personnelles que nous avons recueillies, nous avons largement puisé dans les nombreux renseignements que nous devons à la bienveillance de nos collègues et surtout à la bienveillance de M. le médecin en chef Gillet, chef du service de santé en Nouvelle-Calédonie. Nous sommes heureux, en tête de ces quelques pages, de lui offrir publiquement un témoignage de notre profonde gratitude pour l'intérêt affectueux qu'il nous a toujours porté, pour ses conseils précieux et éclairés dans les questions qui exigent une longue pratique médicale et où notre jeune expérience ne nous donnait pas toujours une autorité suffisante.

---

rhumatoïdes, les arthropaties et les myosalgies, ainsi que les attitudes qu'elle impose aux malades, lui ont fait donner les appellations suivantes : fièvre rhumatismale éruptive ; fièvre articulaire éruptive ; fièvre articulaire exanthématique ; fièvre articulaire des pays chauds (Thaly au Sénégal) ; fièvre rhumatismale avec irritation gastrique (Furlonge en Amérique) ; scarlatine rhumatismale, Arthrodynie (Cock en Amérique) ; *Trancazo* ou coup de barre (Sainte-Croix de Ténériffe) ; *Pantomima* (Cadix) ; *Stiffnecked*, qui roidit le cou ; *Girafe* à cause de cette roideur du cou *Brocken-Wing*, ou brise-épaule (brise-ailes) ; *Breack-bone*, brise-os (très usité en Amérique et en Angleterre) ; *Fièvre polka* (Brésil) ; *Dandy-Fever*, à cause de la roideur de la démarche analogue à celle des dandies.

« D'autres observateurs ont été plus spécialement frappés par la qualité des éruptions, d'où les dénominations ci-après : *Exanthésis Arthrasia*, *Rosalia*, *Colarada* (Colonies espagnoles) ; *Caleutura Roja* (Poggio à Ténériffe et à Cadix) ; fièvre rouge simple ou exotique (Sénégal, Cayenne, Bourbon).

« Le génie énergiquement épidémique de la dengue l'a fait encore désigner sous les noms de : fièvre épidémique anormale spéciale ; fièvre épidémique de Calcutta (Mellis) ; fièvre épidémique éruptive de l'Inde et Toohutia.

« Puis bien d'autres dénominations tantôt rationnelles, tantôt bizarres et basées sur des préjugés, sur des vraisemblances ou des erreurs populaires, ont encore servi à caractériser la dengue ; fièvre des dattes (Arabie, Port-Saïd), d'après l'époque ordinaire de son apparition ; fièvre chinoise ; fièvre de la Méditerranée (peut-être ?), etc., fièvre de trois jours [*Hindoustan*] ; *Piadosa* [la bienveillante à Cadix] ; *Ruca*, *Gadiatana*, *Influenza planturia* [Espagne] ; fièvre biliaire [à Tahiti, Brousmiche] ; *Bouquet et Bucket-Bouhou* ou gémissement [aux Sandwich] ; *N'dagamonte*, *N'dongomonte N'rogni* [Indigènes du Sénégal] ; mal des genoux, Arabie ; *Abou-Nabous*, Arabes de Tripoli) ; *Dunga*, *Dengue* en espagnol qui veut dire coquetterie, d'où *denguero* qui es, le synonyme de l'anglais dandy.

« Suivant H. Hirsch et Charles, de Calcutta, le mot *dengue* est le représentant espagnol du mot anglais *dandy* ; d'où les dénominations de fièvre *dandy* ou *dengue* ; ce dernier nom a été donné à la maladie populaire qui nous occupe dans les colonies espagnoles d'Amérique, probablement vers le commencement de ce siècle. On ne sait pas au juste laquelle est la première en date de ces deux dénominations, sans doute

Qu'il nous soit aussi permis d'exprimer hautement toute notre reconnaissance envers M. le docteur Ponty, médecin principal de la marine, et envers tous nos collègues du corps de santé de la Calédonie pour les nombreuses notes qu'ils ont si libéralement mises à notre disposition.

Nous ne saurions être trop reconnaissant à l'égard de M. le professeur Castan, doyen de la Faculté, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

---

tirées de la démarche roide et compassée des passients obligés de simcler une allure hors de leurs habitudes. Le mot arabe *abou-abous*, père des massues, indique la soudaineté avec laquelle on est frappé comme d'un coup de massue par la dengue.

Quoiqu'il en soit de l'origine et de la plus ou moins grande justesse de ces dénominations, la maladie a conservé celle de dengue (*dan-gh' Littré*), qui est devenue quasi-officielle et demeure dans la littérature, depuis qu'elle a été adoptée par les médecins français, particulièrement par les médecins de la marine, et depuis qu'elle a reçu droit de cité dans la nomenclature nosologique dressée par la Commission du Royal Collège des médecins de Londres en 1869.

Dr MAHÉ. -- *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. Art Dengue*;

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0077

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE

DE FIÈVRE DENGUE

OBSERVÉE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

CHAPITRE PREMIER

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE NOUMÉA

La Nouvelle-Calédonie, découverte en 1774 par le capitaine Cook et déclarée possession française le 24 septembre 1853 par le contre-amiral Febvrier-Despointes, est l'une des îles les plus importantes de la Mélanésie et la plus grande de nos possessions dans l'Océan Pacifique. Elle court du Nord-Ouest au Sud-Est et est située entre le 20°, 10′ et le 22°, 26′ de latitude Sud et entre le 161°, 35′ et le 164°, 65′ de longitude Est du Méridien de Paris.

Elle est parcourue dans toute sa longueur par une chaîne de montagnes d'où partent de nombreux cours d'eau qui coulent dans le sens de la largeur de l'île. Un seul fait exception à la

règle, c'est le « *Diahot* », communément appelé le grand fleuve du Nord, qui coule dans cette direction au milieu du bassin formé par la bifurcation qui termine la ligne de montagnes assez improprement désignée sous le nom de « *Chaîne centrale* ».

Une ligne de récifs, de nature madréporique, contourne l'île comme une ceinture ; quelques passes naturelles, correspondant aux embouchures des grandes rivières, permettent seules l'accès de la terre ferme.

Sur les bords du littoral on rencontre d'immenses et nombreux marécages dont les mangliers et les palétuviers se disputent le fond et où les mouvements du flux et reflux se font sentir avec une violence considérable.

Le sol, est généralement montagneux, est essentiellement argileux et à part un certain nombre d'essences qui constituent les forêts du fond des vallées et des croupes abritées des montagnes, la végétation est uniquement composée par un arbre d'une essence particulière, d'une puissance de végétation et d'absorption merveilleuse, le niaouli (melalœuca virideflora) auquel on fait jouer, à tort ou à raison, le même rôle qu'à l'eucalyptus dans d'autres contrées, à la famille duquel il appartient d'ailleurs. Ce qu'il y a de certain et ce que nous n'avons pas à discuter ici, c'est que, en dehors des mouvements artificiels de terrains, la grande endémie des pays intertropicaux, autrement dit la Malaria, n'a jamais été constatée en Nouvelle-Calédonie.

Mais, malgré cette condition essentiellement favorable, la salubrité du climat néo-calédonien a été trop vantée, car ce climat, et je cite textuellement ici une opinion bien souvent émise par mon excellent chef, Monsieur le Dr Gillet, « ce climat si salubre, si vanté, est également favorable à l'éclosion ou au développement de toutes les maladies des pays tempérés et des zones intertropicales. Depuis l'abcès du foie jusqu'à la diphthérie,

depuis la coqueluche jusqu'à la pustule maligne, le cycle est désormais assez vaste et puisse-t-il ne pas s'élargir davantage. » Mais qui peut en répondre en face des incessants défis que nous voyons porter chaque jour, avec une ardeur que l'on dirait croissante, aux préceptes les plus vulgaires de l'hygiène publique et de l'hygiène privée ?

Rien en effet ne ressemble moins que Nouméa à une ville des pays chauds. L'unique souci des premiers occupants européens fut de rechercher un port sûr et abrité. Mais si la rade de Nouméa constituait un port naturel des plus heureusement disposés, réunissant à la fois l'espace, la profondeur de l'eau, la sécurité d'ancrage et les facilités défensives, les terrains limitrophes, de leur côté, n'offraient aucune appropriation pour un établissement urbain ; le sol proprement dit manquait. Les abords de la mer étaient presque uniquement formés de marécages à palétuviers séparés par des séries de collines que la pioche et la mine ont dû culbuter et ce n'est que grâce à ces immenses bouleversements de terrain, bouleversements qui n'en sont encore qu'à leur prélude, qu'a pu se créer l'assiette terrestre de la ville de Nouméa.

Les rues sont en pente, perpendiculaires ou parallèles à la mer, sans trottoirs et mal entretenues. Après chaque pluie elles se transforment en véritables bourbiers et cependant elles s'élèvent au-dessus du niveau moyen sur lequel se sont établies les premières habitations. Celles-ci sont accolées les unes aux autres comme en Europe, au lieu d'être séparées, de recevoir l'air de tous côtés et de s'abriter sous des arbres qui sont l'accompagnement obligatoire et hygiénique de toutes les habitations coloniales. A part quelques maisons en pierre disposées avec un certain confortable, toutes les autres constructions sont établies sans règles, sans solidité, au moyen des matériaux imparfaits que l'on a sous la main, le plus souvent avec des planches

empruntées à des caisses démolies. Depuis quelques années le zinc a remplacé le bois, non seulement pour la toiture, mais encore pour les parois, et cela, malgré les efforts des médecins de la marine qui ont toujours combattu ce genre de construction et qui, à maintes reprises, en ont fait ressortir les graves inconvénients.

Le manque d'approvisionnement d'eau, l'absence d'égoûts impossibles dans un pays où le nivellement n'est pas encore déterminé, le défaut d'une inclinaison convenable des rues vers la mer sont tout autant de causes d'insalubrité sur lesquelles il est inutile d'insister; il nous suffira de signaler les émanations produites par les détritus organiques répandus çà et là sur les voies publiques et dans les cours intérieures des maisons, détritus qui, sous l'influence d'un soleil tropical, ne tardent pas à subir la fermentation putride.

Ajouter à toutes ces causes d'insalubrité déjà énumérées, celle de l'encombrement produit par l'accroissement de plus en plus rapide d'une population de toute provenance, c'est donner, croyons-nous, une explication assez suffisante du développement incessant du cadre pathologique de la Nouvelle-Calédonie.

En effet, les conséquences immédiates d'une hygiène aussi déplorable ne se firent pas longtemps attendre et dès les premières années de l'occupation on constatait déjà de nombreux cas de fièvre typhoïde. Depuis, ces cas se sont multipliés avec une rapidité telle que cette affection est aujourd'hui, sans contredit, l'endémie néo-calédonienne par excellence. Autour de la fièvre typhoïde vinrent se grouper d'abord la dysenterie, l'hépatite suppurée, la tuberculose pulmonaire, et plus tard, le scorbut, la coqueluche et la diphthérie. Enfin au mois de septembre 1884, au moment où l'endémie néo-calédonienne (celle qui a pris droit de cité sur cette terre vierge en même temps, pour ainsi dire, que les premiers occupants européens), frappait

ses derniers coups avant d'entrer dans son assoupissement annuel, une maladie nouvelle, plus bizarre d'allures mais heureusement plus bénigne, venait prendre place dans ce cadre pathologique déjà si vaste ; la fièvre dengue faisait sa première apparition en Nouvelle-Calédonie.

CHAPITRE II

INVASION DE L'ÉPIDÉMIE — HISTORIQUE — STATISTIQUE

Dès la fin de septembre 1884 on observait chez quelques enfants de 11 à 14 ans, de la Vallée des Colons et du quartier latin, de légères indispositions durant de 48 à 72 heures. L'enfant était pris soudainement d'un mouvement fébrile assez intense avec embarras gastrique bilieux, sensation de courbature générale, un peu de rougeur de la face et d'injection de la conjonctive. Un purgatif ou un vomitif suffisait le plus souvent et dans la moitié des cas le médecin n'était même pas appelé.

Le 16 octobre Monsieur le Médecin en chef Gillet était appelé auprès d'une jeune dame du quartier latin chez laquelle les mêmes symptômes se présentaient avec un peu plus d'acuité et chez laquelle le bas de la poitrine et l'abdomen présentaient au troisième jour un peu d'érythème qui disparut au bout de vingt-quatre heures. Le mari de cette dame, atteint quelques jours après, ne fit même pas demander le médecin et guérit en trois jours après un simple purgatif.

Le mois d'octobre s'écoula ainsi. Monsieur le Médecin de 1re classe Rebufat, chargé de la visite des fonctionnaires à domicile put seulement constater dans son service un assez grand nombre de cas de dengue sous le nom d'embarras gastriques fébriles sans qu'il observât autre chose d'anormal que l'élévation de la température qui oscillait entre 39°, 5 et 40°. La fièvre durait à peine quarante-huit heures et au cinquième jour tout était terminé.

M. le Médecin principal Michel observa, lui aussi, quelques cas analogues et ne leur attribua aucun caractère particulier. Les oscillations diurnes de la température étaient à ce moment très marquées : assez élevées pendant le jour sous l'influence de la radiation solaire que pas un nuage ne venait tempérer, elles s'abaissaient considérablement le soir et la sensation de fraîcheur était encore plus pénétrante à cause de la grande sécheresse qui régnait depuis quelque temps. On était donc disposé à admettre une constitution médicale particulière due aux conditions météorologiques que l'on subissait.

Mais dès les premiers jours de novembre la situation se modifia. M. le médecin en chef Gillet fut appelé auprès de quatre personnes : un employé du « *Nickel* » vivant avec sa famille, un commerçant et la femme d'un capitaine d'infanterie de marine ; la quatrième était la femme d'un commerçant habitant dans le voisinage du quai. Chez ces quatre personnes la maladie avait débuté de la même façon, sans aucun prodrome, sans le moindre malaise précurseur. Elles avaient éprouvé un léger frisson suivi presque immédiatement d'une rachialgie des plus intenses, analogue au coup de barre de la fièvre jaune. En même temps une légère teinte scarlatiniforme envahissait la face et surtout le front ; les conjonctives oculaires étaient un peu injectées ; le dos et la poitrine présentaient des traces manifestes d'une éruption particulière, assez analogue à celle de la scarlatine : c'était un pointillé granité, d'un rouge sombre, avec élevûres plus sensibles au

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE

DE FIÈVRE DENGUE

OBSERVÉE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

CHAPITRE PREMIER

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE NOUMÉA

La Nouvelle-Calédonie, découverte en 1774 par le capitaine Cook et déclarée possession française le 24 septembre 1853 par le contre-amiral Febvrier-Despointes, est l'une des îles les plus importantes de la Mélanésie et la plus grande de nos possessions dans l'Océan Pacifique. Elle court du Nord-Ouest au Sud-Est et est située entre le 20°, 10′ et le 22°, 26′ de latitude Sud et entre le 161°, 35′ et le 164°, 65′ de longitude Est du Méridien de Paris.

Elle est parcourue dans toute sa longueur par une chaîne de montagnes d'où partent de nombreux cours d'eau qui coulent dans le sens de la largeur de l'île. Un seul fait exception à la

règle, c'est le « *Diahot* », communément appelé le grand fleuve du Nord, qui coule dans cette direction au milieu du bassin formé par la bifurcation qui termine la ligne de montagnes assez improprement désignée sous le nom de « *Chaîne centrale* ».

Une ligne de récifs, de nature madréporique, contourne l'île comme une ceinture ; quelques passes naturelles, correspondant aux embouchures des grandes rivières, permettent seules l'accès de la terre ferme.

Sur les bords du littoral on rencontre d'immenses et nombreux marécages dont les mangliers et les palétuviers se disputent le fond et où les mouvements du flux et reflux se font sentir avec une violence considérable.

Le sol, est généralement montagneux, est essentiellement argileux et à part un certain nombre d'essences qui constituent les forêts du fond des vallées et des croupes abritées des montagnes, la végétation est uniquement composée par un arbre d'une essence particulière, d'une puissance de végétation et d'absorption merveilleuse, le niaouli (melalœuca virideflora) auquel on fait jouer, à tort ou à raison, le même rôle qu'à l'eucalyptus dans d'autres contrées, à la famille duquel il appartient d'ailleurs. Ce qu'il y a de certain et ce que nous n'avons pas à discuter ici, c'est que, en dehors des mouvements artificiels de terrains, la grande endémie des pays intertropicaux, autrement dit la Malaria, n'a jamais été constatée en Nouvelle-Calédonie.

Mais, malgré cette condition essentiellement favorable, la salubrité du climat néo-calédonien a été trop vantée, car ce climat, et je cite textuellement ici une opinion bien souvent émise par mon excellent chef, Monsieur le Dr Gillet, « ce climat si salubre, si vanté, est également favorable à l'éclosion ou au développement de toutes les maladies des pays tempérés et des zones intertropicales. Depuis l'abcès du foie jusqu'à la diphthérie,

depuis la coqueluche jusqu'à la pustule maligne, le cycle est désormais assez vaste et puisse-t-il ne pas s'élargir davantage. » Mais qui peut en répondre en face des incessants défis que nous voyons porter chaque jour, avec une ardeur que l'on dirait croissante, aux préceptes les plus vulgaires de l'hygiène publique et de l'hygiène privée ?

Rien en effet ne ressemble moins que Nouméa à une ville des pays chauds. L'unique souci des premiers occupants européens fut de rechercher un port sûr et abrité. Mais si la rade de Nouméa constituait un port naturel des plus heureusement disposés, réunissant à la fois l'espace, la profondeur de l'eau, la sécurité d'ancrage et les facilités défensives, les terrains limitrophes, de leur côté, n'offraient aucune appropriation pour un établissement urbain ; le sol proprement dit manquait. Les abords de la mer étaient presque uniquement formés de marécages à palétuviers séparés par des séries de collines que la pioche et la mine ont dû culbuter et ce n'est que grâce à ces immenses bouleversements de terrain, bouleversements qui n'en sont encore qu'à leur prélude, qu'a pu se créer l'assiette terrestre de la ville de Nouméa.

Les rues sont en pente, perpendiculaires ou parallèles à la mer, sans trottoirs et mal entretenues. Après chaque pluie elles se transforment en véritables bourbiers et cependant elles s'élèvent au-dessus du niveau moyen sur lequel se sont établies les premières habitations. Celles-ci sont accolées les unes aux autres comme en Europe, au lieu d'être séparées, de recevoir l'air de tous côtés et de s'abriter sous des arbres qui sont l'accompagnement obligatoire et hygiénique de toutes les habitations coloniales. A part quelques maisons en pierre disposées avec un certain confortable, toutes les autres constructions sont établies sans règles, sans solidité, au moyen des matériaux imparfaits que l'on a sous la main, le plus souvent avec des planches

empruntées à des caisses démolies. Depuis quelques années le zinc a remplacé le bois, non seulement pour la toiture, mais encore pour les parois, et cela, malgré les efforts des médecins de la marine qui ont toujours combattu ce genre de construction et qui, à maintes reprises, en ont fait ressortir les graves inconvénients.

Le manque d'approvisionnement d'eau, l'absence d'égoûts impossibles dans un pays où le nivellement n'est pas encore déterminé, le défaut d'une inclinaison convenable des rues vers la mer sont tout autant de causes d'insalubrité sur lesquelles il est inutile d'insister ; il nous suffira de signaler les émanations produites par les détritus organiques répandus çà et là sur les voies publiques et dans les cours intérieures des maisons, détritus qui, sous l'influence d'un soleil tropical, ne tardent pas à subir la fermentation putride.

Ajouter à toutes ces causes d'insalubrité déjà énumérées, celle de l'encombrement produit par l'accroissement de plus en plus rapide d'une population de toute provenance, c'est donner, croyons-nous, une explication assez suffisante du développement incessant du cadre pathologique de la Nouvelle-Calédonie.

En effet, les conséquences immédiates d'une hygiène aussi déplorable ne se firent pas longtemps attendre et dès les premières années de l'occupation on constatait déjà de nombreux cas de fièvre typhoïde. Depuis, ces cas se sont multipliés avec une rapidité telle que cette affection est aujourd'hui, sans contredit, l'endémie néo-calédonienne par excellence. Autour de la fièvre typhoïde vinrent se grouper d'abord la dysenterie, l'hépatite suppurée, la tuberculose pulmonaire, et plus tard, le scorbut, la coqueluche et la diphthérie. Enfin au mois de septembre 1884, au moment où l'endémie néo-calédonienne (celle qui a pris droit de cité sur cette terre vierge en même temps, pour ainsi dire, que les premiers occupants européens), frappait

ses derniers coups avant d'entrer dans son assoupissement annuel, une maladie nouvelle, plus bizarre d'allures mais heureusement plus bénigne, venait prendre place dans ce cadre pathologique déjà si vaste ; la fièvre dengue faisait sa première apparition en Nouvelle-Calédonie.

CHAPITRE II

INVASION DE L'ÉPIDÉMIE — HISTORIQUE — STATISTIQUE

Dès la fin de septembre 1884 on observait chez quelques enfants de 11 à 14 ans, de la Vallée des Colons et du quartier latin, de légères indispositions durant de 48 à 72 heures. L'enfant était pris soudainement d'un mouvement fébrile assez intense avec embarras gastrique bilieux, sensation de courbature générale, un peu de rougeur de la face et d'injection de la conjonctive. Un purgatif ou un vomitif suffisait le plus souvent et dans la moitié des cas le médecin n'était même pas appelé.

Le 16 octobre Monsieur le Médecin en chef Gillet était appelé auprès d'une jeune dame du quartier latin chez laquelle les mêmes symptômes se présentaient avec un peu plus d'acuité et chez laquelle le bas de la poitrine et l'abdomen présentaient au troisième jour un peu d'érythème qui disparut au bout de vingt-quatre heures. Le mari de cette dame, atteint quelques jours après, ne fit même pas demander le médecin et guérit en trois jours après un simple purgatif.

Le mois d'octobre s'écoula ainsi. Monsieur le Médecin de 1re classe Rebufat, chargé de la visite des fonctionnaires à domicile put seulement constater dans son service un assez grand nombre de cas de dengue sous le nom d'embarras gastriques fébriles sans qu'il observât autre chose d'anormal que l'élévation de la température qui oscillait entre 39°, 5 et 40°. La fièvre durait à peine quarante-huit heures et au cinquième jour tout était terminé.

M. le Médecin principal Michel observa, lui aussi, quelques cas analogues et ne leur attribua aucun caractère particulier. Les oscillations diurnes de la température étaient à ce moment très marquées : assez élevées pendant le jour sous l'influence de la radiation solaire que pas un nuage ne venait tempérer, elles s'abaissaient considérablement le soir et la sensation de fraîcheur était encore plus pénétrante à cause de la grande sécheresse qui régnait depuis quelque temps. On était donc disposé à admettre une constitution médicale particulière due aux conditions météorologiques que l'on subissait.

Mais dès les premiers jours de novembre la situation se modifia. M. le médecin en chef Gillet fut appelé auprès de quatre personnes : un employé du « *Nickel* » vivant avec sa famille, un commerçant et la femme d'un capitaine d'infanterie de marine ; la quatrième était la femme d'un commerçant habitant dans le voisinage du quai. Chez ces quatre personnes la maladie avait débuté de la même façon, sans aucun prodrome, sans le moindre malaise précurseur. Elles avaient éprouvé un léger frisson suivi presque immédiatement d'une rachialgie des plus intenses, analogue au coup de barre de la fièvre jaune. En même temps une légère teinte scarlatiniforme envahissait la face et surtout le front ; les conjonctives oculaires étaient un peu injectées ; le dos et la poitrine présentaient des traces manifestes d'une éruption particulière, assez analogue à celle de la scarlatine : c'était un pointillé granité, d'un rouge sombre, avec élevûres plus sensibles au

toucher qu'à la vue. Chez aucun des malades il n'y avait du coryza, mais l'employé du « *Nickel* », jeune homme de 22 ans, présentait un peu de rougeur du voile du palais dans l'étendue d'un centimètre environ à partir du bord libre. Chez ces quatre malades la fièvre était intense et la température oscillait entre 39° et 40° degrés.

Le Chef du service de santé fit immédiatement part de ce qu'il venait de voir aux officiers placés sous ses ordres et leur recommanda d'observer avec la plus minutieuse attention les cas analogues qu'ils pourraient rencontrer.

M. le médecin principal Ponty, récemment arrivé de France avait de son côté, dans sa clientèle, deux ou trois cas qui offraient la plus grande ressemblance avec ceux observés par M. le docteur Gillet. Chez une jeune femme il venait de constater aussi le début brusque, le coup de barre, l'injection des conjonctives et l'éruption très discrète, mais presque concomitante du début; rien à la gorge, pas le moindre coryza.

M. Rebufat qui n'avait encore remarqué que l'augmentation un peu insolite des embarras gastriques fébriles signalés plus haut, avait été frappé cependant du fait suivant : Les 2 et 3 novembre une jeune fille de dix-sept ans, en traitement à l'hôpital pour un vaste ulcère atonique de la jambe, avait été prise brusquement d'un violent accès de fièvre. Elle se plaignait d'un mal de tête intolérable et d'une courbature généralisée; le corps était couvert d'une éruption scarlatiniforme très manifeste. Le lendemain cette éruption avait disparu, la fièvre était tombée et il ne restait plus que quelques douleurs musculaires et une grande faiblesse.

L'observation continuée dans ces conditions nouvelles ne tarda pas à donner une certitude aux médecins qui, d'un commun accord, posèrent le diagnostic : *Dengue*.

Origine de l'affection

Cette affection exotique était-elle née sur place ou bien avait-elle été importée? — Il nous est bien difficile de répondre affirmativement à cette question et l'examen auquel nous allons nous livrer expliquera la réserve que nous croyons devoir faire sur ce point délicat.

Ce qui est certain, c'est qu'à cette époque la dengue n'existait ni à Taïti où elle a sévi déjà plusieurs fois épidémiquement, ni aux Fidji, ni en Australie, ni sur aucun des points du parcours des paquebots des Messageries maritimes qui, seuls, nous mettent en relations directes avec les pays qu'elle affectionne de préférence : Maurice, Bourbon, Aden, Suez et Port-Saïd. Dans tous les cas, si cette affection existait dans un de ces pays, elle n'était pas du moins signalée sur les patentes de santé.

Le seul fait qu'on puisse invoquer en faveur de l'importation de la dengue est le suivant :

Le 25 septembre 1884 le paquebot des Messageries maritimes le « *Dupleix* » ayant à son bord les passagers du grand courrier qui, pour cause d'avaries de machine, n'avait pu suivre sa destination jusqu'au bout, arrivait en rade de Nouméa et était envoyé en observation à l'îlot Freycinet. La patente, délivrée au départ de Sydney, était brute et signalait plusieurs cas de variole à Melbourne, à Sydney et dans les environs. Le « *Dupleix* » avait en outre à bord un jeune enfant venant de Melbourne, le jeune M..., atteint de rougeole suivant la déclaration du médecin du bord. Le malade en était au troisième jour de l'éruption et l'état général ne laissait rien à désirer. Les passagers furent débarqués au Lazaret; le jeune M... et sa mère, qui l'avait soigné jusqu'à ce jour, furent installés dans un local spécial et séparés des autres passagers qui subirent une quarantaine de quatorze jours. Le diagnostic « Rougeole » porté par le médecin du bord

fut confirmé par le médecin du Lazaret. La maladie suivit son cours normal, la desquamation seule fut longue, surtout sur les membres; elle se faisait par plaques et ne présentait pas les lamelles furfuracées habituelles à la rougeole. Ce n'est que le quinze octobre, vingt-et-un jours après leur arrivée, que la mère et l'enfant furent admis en libre pratique. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que toutes les mesures d'aération et de purification pour les hardes et effets à leur usage, contenus ou non dans les malles, avaient été scrupuleusement prises par le médecin-directeur du Lazaret.

Etions-nous réellement en présence d'un cas de rougeole ou bien avions-nous à faire à un cas de dengue méconnu, telle est la question qui nous reste à élucider ?

Nous n'avons aucune raison de mettre en doute la sûreté du diagnostic posé par le médecin du « *Dupleix* » et par celui du Lazaret. Nous avons de plus recueilli maintes fois, de la bouche même de notre regretté camarade et ami Bridot, médecin du Lazaret, qui a observé la dengue pendant tout le cours de l'épidémie de Nouméa, que la maladie du jeune M... ne présentait aucun point de ressemblance avec la maladie nouvelle et que, plus que jamais, après cette épreuve décisive, il affirmait la sûreté de son premier diagnostic « Rougeole ».

Mais dans l'hypothèse même d'une erreur de diagnostic, il faudrait admettre alors, ou bien que le jeune M... a contracté la dengue dans un pays où elle n'a jamais existé (Melbourne), ou bien que le pouvoir de transmissibilité de cette maladie peut se réveiller après un sommeil des plus prolongés.

Historique

Quoiqu'il en soit, les cas de dengue observés à la Vallée des

Colons et au Quartier Latin ne tardèrent pas à se multiplier et vers la fin de novembre l'affection prit franchement l'allure épimique. Cantonnée au début dans les quartiers sud de la ville où la plupart des maisons sont séparées entre elles par de petits jardins, l'épidémie eut d'abord une marche lente, progressive, s'étendit peu à peu en montant vers le nord et gagna ainsi les quais de Nouméa. Mais du jour où des cas de dengue furent observés dans les casernes et au centre de la ville où les maisons sont contigües et l'agglomération considérable, l'épidémie atteignit rapidement son maximum d'intensité. Le tableau suivant que nous devons aux bons soins de notre collègue et ami le docteur Zimmer, médecin-major de l'infanterie de marine, nous en donnera une idée parfaitement exacte :

EXEMPTS DE SERVICE POUR DENGUE

26	Décembre 1884.....	13		1er	Janvier 1885.....	98	
27	—	25		2	—	110	
28	—	39		3	—	124	
29	—	52		4	—	136	
30	—	62		5	—	146	
31	—	80		6	—	158	

L'hôpital militaire, situé au nord de la ville et sur un petit monticule, fut un des derniers atteints et ce n'est que dans la seconde quinzaine de janvier que les quarante condamnés, qui constituent le personnel infirmier, furent successivement frappés.

Importés dans l'intérieur de l'île, soit par les colons que leurs affaires appelaient au chef-lieu, soit par les officiers ou fonctionnaires envoyés en service dans les divers postes, des cas de dengue se montrèrent tour à tour dans les différents centres de la colonie sans y créer toutefois, sauf sur deux points, de foyers secondaires. L'île Nou seule fit franchement exception à cette règle de non-propagation presque générale ; mais cette exception ne nous surprendra plus quand nous aurons dit que l'Ile

Nou est à un mille seulement de Nouméa et par suite soumise aux mêmes conditions météorologiques, qu'elle est en outre le chef-lieu de la colonie pénitentiaire, que plus de 3,000 condamnés s'y trouvent agglomérés sur un même point et que de nombreuses corvées (600 à 700 condamnés en moyenne), viennent chaque jour travailler à Nouméa.

C'est dans la première quinzaine de février qu'a commencé la phase de décroissement de l'épidémie ; dans le courant de mars on constatait encore quelques cas chez les personnes récemment arrivées dans la colonie ; mais en avril l'épidémie était complètement terminée.

Statistique

En dehors des personnes qui avaient déjà eu la dengue soit au Sénégal, soit en Cochinchine ou bien dans l'Inde, peu ont été épargnées et il eût été facile de compter celles que l'épidémie a respectées. Civils et militaires, hommes et femmes, vieillards et enfants ont été également atteints ; les indigènes eux-mêmes n'ont pu résister à la constitution médicale régnante. Plusieurs grandes maisons de commerce ont dû fermer leurs portes pendant quelques jours ; la pharmacie civile, elle-même, n'a pas fait exception à la règle.

A la caserne d'infanterie de marine, sur un effectif de 800 hommes environ, on a observé plus de 700 cas de dengue. La même proportion s'est montrée à la caserne d'artillerie et à la gendarmerie. Sur 15 officiers d'artillerie présents à Nouméa, 13 ont été successivement atteints.

L'administration de la Marine, la Direction de l'Intérieur, l'Administration pénitentiaire et la Magistrature ont fourni un

nombre de cas de dengue tel que les divers services publics ont été à un moment complètement désorganisés. Sur 16 médecins ou pharmaciens de service à l'hôpital militaire, 15 ont été frappés par l'épidémie ; il en a été de même des sœurs hospitalières qui, elles aussi, ont payé un large tribut à la dengue.

L'affection ayant présenté un caractère exceptionnellement bénin puisque nous n'avons pas eu un seul décès à enregistrer, le nombre des entrées à l'hôpital militaire pour dengue a été relativement très peu élevé. Il y a eu seulement 133 entrées ainsi réparties :

Marine de l'État. . .	59	Commissariat.	1
Infanterie de marine	22	Administration pénitentiaire	9
Artillerie de marine	12	Direction de l'Intérieur. . . .	5
Gendarmerie.	2	Civils.	3
Service de santé. . .	4	Indigents.	6

On serait tenté de croire, d'après la lecture de ce tableau, que la Marine de l'État a payé un plus large tribut que les autres corps de troupes ; il n'en est rien, le nombre considérable d'entrées est dû purement et simplement à ce que les navires de la station locale évacuaient sur l'hôpital leurs malades toutes les fois qu'ils appareillaient de Nouméa pour aller visiter les différents points du littoral.

CHAPITRE III

PHYSIONOMIE GÉNÉRALE DE LA MALADIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Si les différentes épidémies, observées dans les pays que la dengue affectionne de préférence, ont toutes entre elles des points de ressemblance tels que l'on puisse les considérer comme étant toujours les manifestations d'un même état morbide, il n'en reste pas moins acquis (et c'est là un fait constaté par tous les observateurs) que chaque épidémie présente un ou plusieurs signes morbides prédominants qui lui impriment un cachet spécial. C'est ce cachet particulier que nous tâcherons de bien mettre en relief en étudiant la symptomatologie de l'affection qui fait le sujet de cette thèse.

Dans l'épidémie de Nouméa, le symptôme dominant par sa généralité, celui sur lequel nous appelons une attention toute particulière parce qu'il n'a pas encore été signalé par les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet, a été la « Rachialgie ». Sauf quelques rares exceptions, c'est toujours par des douleurs lombaires plus ou moins vives qu'a débuté la dengue ; ce début était

généralement brusque, sans prodromes, sans aucun malaise précurseur et accompagné d'un mouvement fébrile plus ou moins intense. Dans les cas peu nombreux où l'affection a débuté par un sentiment de lassitude générale, de l'anorexie, de l'abattement et même des vertiges, les douleurs lombaires n'ont pas tardé néanmoins à apparaître et ont toujours précédé les douleurs articulaires.

La plupart des auteurs qui ont étudié et relaté les différentes épidémies de dengue ont signalé la rachialgie comme une manifestation secondaire. « Les douleurs articulaires (1), dit M. le « Dr Thaly, constituent le caractère pathognomonique de la « dengue ; elles ne manquent jamais, seulement elles sont plus « ou moins généralisées. Ainsi, quand la maladie est légère, les « articulations des doigts et du poignet, celles des orteils et du « pied, sont simplement engourdies, endolories. Mais, dans les « cas d'une certaine intensité, ces articulations sont le siége de « vives douleurs qui s'opposent aux mouvements physiologiques « des parties et arrachent même des cris aux patients. En même « temps, l'élément morbide retentit dans les grandes jointures, « qui peuvent être toutes envahies ; la marche devient alors dif- « ficile ; il survient une rachialgie pénible, etc. »

« La douleur (2), dit M. le médecin en chef Martialis, constitue « très souvent le premier symptôme de la maladie et dans ce cas « peut être limitée et localisée à un seul point. Tantôt elle se « montre à un doigt, à une main, au poignet; tantôt à la cheville, « au coude, au genou, etc. Elle ne tarde pas, dans beaucoup de « cas à se généraliser et n'a point pour siège les articulations « seulement, mais toute l'étendue des os et souvent de nombreux « appareils musculaires. »

---

(1) Dr Thaly. — Archives de Médecine Navale. — 1886. — Tome VIe. — Page 59.
(2) Dr Martialis. — Archives de Médecine navale. — 1874. — Tome XXIe. — Page 29

M. le médecin-inspecteur Cotholendy, étudiant l'épidémie de dengue qui a sévi à la Réunion en 1873, signale (1) « l'invasion « brusque se manifestant par de vives douleurs soit dans les « doigts ou même dans un seul doigt de la main, soit aux pieds, « soit aux lombes. »

« Sur tous les autres symptômes, dit le professeur Mahé (2) prédominent les douleurs et les déterminations articulaires; mais elles offrent quelques différences qui semblent en rapport avec les épidémies. Sauf les cas d'apparition brusque, assez nombreux dans l'éruption épidémique d'Amérique en 1826-28, les jointures se prenaient graduellement une à une, et leur jeu devenait bientôt impossible tant par la raideur que par la douleur provoquée par le moindre mouvement. Dans le cas où le début des douleurs frappait les membres inférieurs, les malades se laissaient choir par terre ; parfois on voyait une roideur, puis une douleur envahir les doigts, et ordinairement le petit doigt ; la roideur et la douleur allaient en augmentant et gagnaient la main entière, le bras, puis l'épaule, et en quelques heures les jointures devenaient si tuméfiées et si douloureuses qu'il était impossible au patient de plier les doigts. Dans l'épidémie des possessions françaises de l'Inde, ce sont les poignets, les cous-de-pied, les épaules et les lombes qui furent le plus fréquemment atteints. (Carpentier) Charles considère les douleurs articulaires avec le lumbago et la céphalalgie comme caratéristiques de la dengue. Beaucoup d'observateurs estiment que les douleurs des petites articulations sont ici vraiment pathognomoniques ; cela est vrai, quoiqu'elles puissent faire défaut. » Nous verrons plus loin que ces douleurs ont presque toujours fait défaut dans la dengue calédonienne.

Le docteur Fouque, qui a relaté l'épidémie de dengue observée

(1) Dr Cotholendy. — Archives de Médecine navale. — 1874. — Tome XXe. — Page 197.
(2) Mahé. — Dictionnaire encyclopédique des sciences medicales. — Art. Dengue.

en 1870 à bord de la canonnière de premier rang « la *Comète* » dont il était le médecin-major, a été le seul à signaler la rachialgie comme un des premiers symptômes de la dengue. Nous lui empruntons les deux passages suivants : (1)

« Les malades se plaignaient de violentes douleurs rachialgiques et thoraciques, paraissant localisées dans les muscles de la poitrine, du dos et des gouttières vertébrales, et rendant très pénibles tous les mouvements de la tête et du tronc. Les douleurs rappelant le coup de barre de la fièvre jaune n'ont jamais fait défaut. » Nous n'avions pas encore connaissance de la thèse de notre confrère quand nous avons eu nous-même l'idée de comparer cette rachialgie de la dengue au coup de barre de la fièvre jaune.

« Bien différentes des douleurs musculaires (rachialgiques et thoraciques), les douleurs articulaires ont constitué pour ainsi dire une deuxième période, ou mieux encore, une deuxième maladie faisant suite à la première. »

Un autre symptôme particulier à l'épidémie de Nouméa a été l'état bilieux. — Il est bon toutefois de noter en passant que nous étions au début de l'hivernage, c'est-à-dire à l'époque des embarras gastriques simples et fébriles. — Les malades se plaignaient de perte d'appétit; la bouche était mauvaise, amère ; les aliments sans saveur. La langue était large, rouge à la pointe et sur les bords, recouverte au centre d'un épais enduit saburral ; il y avait presque constamment de la constipation, souvent des nausées et quelquefois des vomissements. La soif était relativement très modérée et peu en rapport avec l'intensité des autres symptômes gastriques. — Cet état bilieux n'a été signalé que par M. Thaly ; MM. Karssen, Martialis et Cotholendy le regardent

(1) Fouque. — Une épidémie de fièvre Dengue en mer. — Thèse de Paris. — 1876. — Pages 16 et 21.

comme une rare exception. « Les troubles digestifs (1), dit « Cotholendy, sont généralement insignifiants. L'appétit est nul ; « la soif, très médiocre, n'est nullement en rapport avec la vio- « lence de la fièvre ; la langue, légèrement blanche au début, « présente quelquefois une rougeur vive à la pointe et sur ses « bords, et se couvre alors d'un enduit limoneux ; la constipation « est plus fréquente que la diarrhée. Dans un pays où on fait un « usage immodéré de l'ipéca, la dengue paraissait offrir une « indication heureuse de l'emploi de ce vomitif, et on n'a pas « manqué l'occasion de l'administrer dans tous les cas. J'en ai « rarement constaté les bons effets. Du reste, l'embarras gas- « trique n'est pas fréquent, et ce n'est que de loin en loin que « nous avons observé les nausées ou les vomissements spontanés.»

Un troisième caractère distinctif a été l'éruption. — Celle-ci a été rare, presque toujours peu accentuée et de courte durée. Sur 158 hommes traités à l'infirmerie de la caserne d'Artillerie, notre collègue et ami le Dr Pindray, médecin-major, ne l'a constatée que 13 fois ; elle avait lieu tantôt à la première, tantôt à la deuxième période ; elle ne s'est montrée qu'une seule fois aux deux. Mais à l'hôpital et dans la clientèle privée les éruptions ont été plus fréquentes ; nous les avons constatées dans un tiers des cas environ, tandis que la double éruption, du début et de la fin de la maladie, ne s'est montrée que dans une proportion beaucoup moindre ; une fois sur quinze en moyenne. En général, l'intensité de l'éruption et sa duplicité ont été en raison directe de l'intensité de l'atteinte, ce qui justifie le nombre peu élevé des cas dans lesquels elle a été observée chez les malades traités dans les infirmeries. — Charles, Martialis et Cotholendy avaient noté l'éruption dans près de la moitié des cas à la première

(1) Dr Cotholendy. -- Loco citato. -- Page 199.

période ; à la deuxième, Charles et Martialis l'avaient observée dans les deux tiers des cas seulement, tandis que Cotholendy l'avait toujours constatée.

Le siège et la forme de l'éruption ont été des plus variables. Tantôt une légère teinte scarlatiniforme envahissait la face et surtout le front ; tantôt un pointillé granité, d'un rouge sombre, avec élevures plus sensibles au toucher qu'à la vue, recouvrait le dos et la poitrine ; ici c'était un exanthème rubéoliforme ; là un pointillé purpurin ; bien souvent enfin on ne constatait qu'un peu d'érythème et quelques sudamina sur le bas de la poitrine et le haut de l'abdomen. Dans un certain nombre de cas, l'éruption terminale s'est accompagnée d'un prurit des plus intenses et a pris même la forme d'une véritable urticaire. La desquamation a été un phénomène excessivement rare.

Nous venons de passer en revue les trois signes principaux qui ont caractérisé l'épidémie de Nouméa, il ne nous reste plus maintenant qu'à donner un aperçu rapide de la physionomie générale de la maladie en étudiant la marche et la succession des divers symptômes. Pour rendre notre exposé plus clair et plus concis, nous diviserons en deux catégories, suivant leur degré d'intensité, les cas de fièvre dengue qui se sont présentés à notre observation. Nous étudierons une forme grave et une forme légère.

Forme grave

Dans la majorité des cas, la maladie a débuté brusquement, sans prodromes, saisissant ses victimes au milieu de la santé la plus florissante, soit dans le jour, soit dans le courant de la nuit. L'invasion était généralement signalée par la brusque apparition de vives douleurs dans les lombes et dans les articu-

lations. Ces attaques de douleurs étaient quelquefois si brusques que des personnes s'interrompaient tout à coup, au milieu d'une conversation, en pousssant un cri arraché par l'acuité de la souffrance; d'autres, surprises au milieu d'une promenade ou d'une course, se laissaient tomber et ne pouvaient plus se relever. Dans un petit nombre de cas, l'invasion de la maladie a été précédée, pendant un jour ou deux, de malaise, de perte d'appétit, de brisements des membres et de douleurs sourdes dans les régions musculaires dorsales et lombaires.

En même temps que ces premiers symptômes se montrait la fièvre, toujours très-intense et quelquefois précédée d'un ou plusieurs frissons plus ou moins violents. La température montait rapidement à 39° et 40° alors que le pouls ne s'élevait pas au-dessus de 110 à 120 pulsations. Les yeux étaient larmoyants ; les conjonctives injectées ; la face congestionnée, rarement bouffie ; la respiration un peu accélérée. La langue était rouge, large, épaisse, pâteuse ; la soif très-modérée ; les nausées et les vomissements bilieux assez rares ; la constipation plus fréquente que la diarrhée. — Les muqueuses nasale, laryngienne et pharyngienne ne présentaient généralement rien d'anormal, bien que nous ayions noté quelquefois un pointillé rouge et même des rougeurs très-marquées sur le voile du palais et l'arrière-bouche.

La fièvre s'accompagnait toujours d'une céphalalgie des plus intenses, localisée le plus souvent dans les régions frontale et sous-orbitaire. Les malades accusaient une pénible sensation de pesanteur et de douleur dans les yeux. L'insomnie était la règle générale et si par hasard, les malades s'assoupissaient un instant, ils étaient en proie à des rêvasseries et à des cauchemars.

Les douleurs, localisées au début dans les lombes, ne tardaient pas à envahir les articulations et les grandes masses musculaires. Les cous-de-pied, les genoux, les poignets et les coudes étaient les articulations le plus souvent prises ; nous avons rarement vu

les articulations de la main, des doigts et du pied envahies par la douleur. Le gonflement des articulations était tout-à-fait exceptionnel ; nous ne l'avons observé que cinq ou six fois.

A cette première période de la maladie l'éruption était fort rare et, lorsqu'elle se montrait, envahissait de préférence, la face, le dos et le haut de la poitrine. Cette éruption rappelait tantôt celle de la rougeole, tantôt celle de la scarlatine, et était remarquable par sa fugacité.

Ces symptômes duraient en moyenne de 48 à 56 heures et étaient suivis d'un abaissement subit de la température avec rémission fébrile très marquée. Les malades se sentaient soulagés, la céphalalgie devenait supportable, les douleurs articulaires et musculaires disparaissaient, il ne restait plus qu'une grande faiblesse ; en un mot, les malades se croyaient convalescents.

Mais ce bien-être ne persistait pas longtemps et en moins de vingt-quatre heures on voyait réapparaître le même cortège de symptômes tout aussi intenses et d'une durée plus longue. C'était en général vers le quatrième jour qu'apparaissait la deuxième éruption si heureusement appelée *terminal rash* par M. le médecin en chef Martialis. Cette éruption était tout aussi fugace que la première et, dans quelques cas, elle s'est accompagnée d'un prurit des plus intenses et a même pris parfois la forme d'une véritable urticaire.

Forme légère

C'est surtout au début et à la fin de l'épidémie que cette forme a été la plus fréquente. Malaise général ; abattement ; céphalalgie ; vertiges ; lassitude pénible sensation de froid le long de la colonne vertébrale ; douleurs sonrdes dans les os et les

articulations; besoin de se coucher; tels sont les symptômes qui caractérisaient la forme légère, sur laquelle nous n'insisterons pas davantage. La convalescence seule, même dans les cas légers, était longue.

Convalescence

« C'est le propre, dit Delioux de Savignac (1), du génie épi-« démique en tous lieux, du génie endémique dans les régions « tropicales, d'imprimer aux maladies qui naissent sous ces « influences, un cachet d'adynamie, de détérioration organique, « de prostration et en même temps d'impressionnabilité ner-« veuse, d'où résulte cette débilité sans rapport constant avec « la violence de l'attaque antérieure. » Nous avons eu un exemple nouveau de cette judicieuse remarque dans l'épidémie que nous étudions ; mais nous devons cependant faire observer que ce phénomène a été moins intense et moins général dans l'épidémie de Nouméa que partout ailleurs ; nous ne citerons comme preuve, en dehors du témoignage de plusieurs médecins, celui des nombreux habitants de Maurice et de Bourbon, émigrés en Nouvelle-Calédonie, qui se plaisaient, bien souvent devant nous, à signaler cette bénignité relative, en comparaison de ce qu'ils avaient vu à St-Denis lors de l'épidémie de 1873, dont nous devons le récit à M. le médecin inspecteur Cotholendy. Malgré cette bénignité relative, la convalescence a été souvent fort longue, fort pénible et presque toujours peu en rapport avec l'intensité et la durée de la période fébrile. Les malades se plaignaient pendant longtemps de faiblesse, de prostration, de paresse d'es-

(1) Delioux de Savignac. — Traité de la dysenterie. — 1863. — Page 195.

tomac, de douleurs vagues dans les os et dans les membres, de céphalagie peu intense et quelquefois de vertiges.

Complications

Les excès alcooliques n'étant pas chose rare en Nouvelle-Calédonie, la congestion célébrale, le délire, l'agitation extrême et les hallucinations ont été plusieurs fois observés. Chez quelques malades, en traitement à l'hôpital militaire, la congestion des centres nerveux a été si intense que nous avons dû pratiquer, à deux reprises, la saignée du bras. Un de ces derniers a été pris, dans le cours de la dengue, d'un véritable accès de delirium tremens et chez deux alcooliques il y a eu des contractures et des mouvements choréiques.

Les douleurs articulaires et musculaires ont été beaucoup plus vives chez les personnes qui avaient subi antérieurement une attaque de rhumatisme. Des névralgies anciennes (intercostale et sciatique) ont même été réveillées par la dengue et ont persisté dans la suite.

La stomatite aphtheuse (huit cas) ; le muguet (3 cas); l'angine avec dysphagie (2 cas) ; les accès épileptiformes (4 cas) ; l'hémopthysie (2 cas) ; l'hématémèse (1 cas) ; l'héméralopie (1 cas); les crampes et les myodynies ; telles sont les complications que nous avons le plus souvent observées.

Pendant la convalescence nous avons noté, dans un grand nombre de cas, des éruptions furonculeuses qui ont pris quelque fois la forme de véritables anthrax. — Chez un employé de commerce nous avons observé des troubles de l'intelligence et de la mémoire qui ont persisté environ deux mois.

Chez les jeunes enfants la dengue a été caractérisée par un mouvement fébrile assez marqué, de la courbature, de l'abat-

tement, des insomnies, des vomissements et quelquefois des convulsions. Cet état durait de 48 à 72 heures, était facilement combattu par l'administration d'un purgatif et vers le cinquième jour l'enfant reprenait sa vie ordinaire.

Chez les femmes nous avons constaté bien souvent des douleurs assez vives dans le bas-ventre et des troubles de la menstruation. L'écoulement menstruel a été tantôt devancé, tantôt reculé ; dans quelques cas les menstrues se sont transformées en véritables hémorrhagies, qui ont nécessité deux fois le tamponnement. — Trois accouchements normaux ont eu lieu en pleine période de dengue. — Dans une grossesse de trois mois nous avons observé une métrorrhagie sans avortement.

Chez les indigènes les symptômes ont été les mêmes que chez les Européens, mais leur intensité a varié suivant les races ; tandis que les néo-hébridais et surtout les Malabars étaient toujours fortement frappés, de leur côté les indigènes des Loyalty et surtout les néo-calédoniens supportaient facilement les deux périodes de la maladie.

Les indigènes de la Nouvelle-Calédonie ont du reste été atteints en faible proportion, tandis que l'on peut mettre sur la même ligne, au point de vue de la fréquence et de l'intensité des attaques, la race blanche et la race hindou.

Nous avons dû veiller à ce que les indigènes n'aillent pas se plonger dans l'eau froide ou se coucher la nuit sur l'herbe humide, alors que la fièvre était à son apogée. Nous en avons soigné plusieurs qui, sollicités par la chaleur de la peau à chercher la fraîcheur de l'eau et du gazon, ont présenté des dysenteries fort graves, des bronchites, des pleurésies et des pneumonies.

Rechûtes et Récidives

Le peu de fréquence des rechûtes a été un quatrième signe particulier à l'épidémie de Nouméa. « Les rechûtes, dit le professeur Mahé (1), par leur fréquence, par leur netteté, par leur répétition, constituent l'un des traits les plus évidemment caractéristiques de la dengue. » La fréquence des rechûtes était de 15 0/0 environ à la Réunion en 1869 (Barrat). En 1873, dans la même île, elles furent assez fréquentes et très caractéristiques (Cotholendy). — Elles furent aussi très fréquentes dans l'Inde (Martialis). — A Nouméa, elles ont été excessivement rares, toujours peu graves, de courte durée et se montraient du quatrième au huitième jour. Les malades se plaignaient le plus souvent de douleurs vagues dans tous les membres et d'un malaise général. La température ne s'élevait pas au-dessus de 38° 5. L'éruption a toujours fait défaut.

Terminaison et anatomie pathologique

La terminaison a toujours été favorable ; nous n'avons pas eu un seul décès à enregistrer ; par suite il nous a été impossible de faire des études macroscopiques. Il eût été intéressant de rechercher s'il n'existait pas, en dehors des organes, des lésions des séreuses articulaires, des gaînes tendineuses, des fibres des muscles, des troncs nerveux, des centres céphaliques et médullaires.

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — Art. Dengue.

CHAPITRE IV

NATURE DE LA MALADIE

C'est à un médecin de l'Inde anglaise, au docteur Mellis, que nous devons la première description de la dengue. Il la regardait comme une « fièvre inflammatoire » bien qu'il trouvât que cette dénomination n'indiquait pas suffisamment les caractères propres à cette maladie. M. le médecin en chef Dauvin, qui a relaté l'épidémie de dengue observée à la Réunion en 1851, la considérait comme une « fièvre gastrique. » Brousmiche et Prat qui ont étudié les épidémies de dengue qui ont sévi à Taïti en 1852, 1853 et 1854, la considéraient, le premier comme une « fièvre bilieuse, » le second comme une « fièvre muqueuse adynamique. » Pour Dutroulau (1), la dengue « est autant une fièvre inflammatoire qu'une fièvre gastrique, qu'on pourrait prendre

(1) Dutroulau. — Maladies des Européens dans les pays chauds. -- 1861. -- Page 88.

même pour une fièvre typhoïde légère, n'était sa durée qui n'est que de deux ou trois jours.

Le Dr Thaly (1) a recherché avec soin si le cadre nosologique de l'Europe renfermait des maladies ayant des rapports avec la dengue. L'érythème noueux et l'érythème papuleux, décrits particulièrement par Trousseau dans le tome Ier de sa clinique, sont les deux espèces morbides qui lui ont paru avoir le plus d'analogie avec l'endémo-épidémie qu'il a observée au Sénégal (Epidémie de Gorée. — Juin-Juillet 1865). Mais il n'en repousse pas moins toute tendance à établir leur identité.

Certains observateurs ont cru voir dans la dengue « une fièvre rhumatismale » ; d'autres une « fièvre rémittente » ; quelques-uns enfin ont prétendu que cette maladie n'était que la « grippe modifiée par l'influence du climat tropical. » Pour la majorité des auteurs, la dengue serait une fièvre éruptive, contagieuse, spécifique, de la même famille que la rougeole, la scarlatine et la variole.

« La dengue, dit M. l'Inspecteur général du service de santé de la marine Rochard (2), nous semble appartenir à la classe des fièvres éruptives et c'est de la scarlatine qu'elle se rapproche le plus. Le début est le même, l'éruption présente la même coloration ; la desquamation, dans les cas graves, se fait de la même manière ; il n'y a pas jusqu'aux douleurs rhumatoïdes qui n'aient quelque analogie avec celles que les scarlatineux ressentent dans les poignets lorsqu'ils laissent les mains exposées à l'air ; mais dans la dengue, l'angine fait complètement défaut, les douleurs constituent le phénomène prédominant, l'éruption n'est pas constante, les papules qu'elle présente sont bien différentes du piqueté scarlatineux ; dans ces convalescences si pénibles et

(1) Thaly. — Archives de Médecine Navale. — 1886. — Tome VIe.
(2) J. Rochard. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Art. Dengue.

si lentes, on n'a jamais constaté d'anasarque, enfin Cavell a remarqué que la dengue attaquait les personnes qui avaient eu la scarlatine comme les autres. Ce sont donc deux maladies bien distinctes et les autres fièvres éruptives s'en éloignent encore davantage. Cependant au début, il est quelquefois difficile de la distinguer de la variole. Le mouvement fébrile est aussi intense, la rachialgie s'observe dans les deux cas, et les papules, lorsqu'elles apparaissent sur la face, peuvent être prises pour des pustules varioliques à leur première période. »

M. le médecin en chef Rey est du même avis. « Si (1) nous avions à marquer la place qui revient à la dengue dans le cadre nosologique, nous n'hésiterions pas à la ranger dans l'ordre des fièvres éruptives. Mais, avant d'être une fièvre éruptive, la dengue est une maladie infectieuse. En effet, il se rencontre ici un signe, la rachialgie, dont la valeur séméiotique est autrement importante que celle des modifications de l'enveloppe cutanée. Celles-ci sont variables de forme, de nombre, d'aspect ; elles peuvent même manquer complètement. C'est ce qui arrive souvent dans la dengue. Mais alors même il reste un signe constant, — signe non plus de maladie, mais d'*affection*, qui à lui seul suffira pour marquer le caractère de cette fièvre. Ce symptôme très remarquable, que nous trouvons au seuil, pour ainsi dire, de tant d'autres états spécifiques, c'est la rachialgie... Cette contusion lombaire, que l'on observe à des degrés divers, dans la variole, le typhus, la fièvre jaune, la dysenterie épidémique, etc, ne serait-elle point un signe caractéristique des maladies infectieuses — que l'infection provienne du dehors ou du dedans, c'est-à-dire qu'elle soit due à l'absorption d'un miasme, ou à la régression d'une sécrétion *(bile?)* altérée? Quoi qu'il en soit, la

(1) H. Rey. — Archives de Médecine navale. — 1868. — Tome IX'. — Page 387.

définition de la dengue devra pour nous commencer par ces mots : fièvre éruptive d'origine infectieuse... »

Aux Antilles la dengue a éte prise tantôt pour une « fièvre catarrhale qui se porte ici sur les muqueuses, là sur les séreuses et surtout sur l'appareil locomoteur » (docteur Luzeau) ; tantôt pour une « fièvre gastro-céphalite » (Catel); tantôt pour une « fièvre inflammatoire » ou un « typhus amaril ». « Malgré de longues réflexions, dit M. le Directeur du service de santé de la marine Bérenger-Féraud, (1) sur cette question de la dengue, je sdois avouer que je n'y ai rien compris encore, je me suis toujour heurté à cette particularité restée insoluble pour moi ; c'est que la dengue paraît liée d'une manière étroite à la fièvre jaune ou à la fièvre inflammatoire d'une part, aux Antilles comme au Sénégal; d'autre part, que les symptômes signalés par ceux qui l'ont étudiée dans l'Atlantique, sont les mêmes que ceux qu'on lui a reconnus dans la mer des Indes. Et en troisième lieu, que cette maladie qui semble au Sénégal et dans l'Amérique tropicale, avoir des liens de parenté avec le typhus amaril, semble irrécusablement avoir pris naissance maintes fois dans des contrées de l'Extrême-Ortent où la fièvre jaune n'existe pas. »

« Après avoir essayé maintes fois de prendre corps à corps ce problème, et n'y avoir trouvé que des obscurités, je préfère reconnaître ici mon impuissance, plutôt que de faire des descriptions fantaisistes, ou me livrer à des discussions que je sais d'avance ne pas pouvoir mener à bonne fin ; par conséquent, je me bornerai à signaler à mes successeurs le grand intérêt qu'il y aurait à élucider ce point de pathologie exotique. »

L'exemple de l'épidémie que nous avons obsérvée en Nouvelle-Calédonie et sa propagation à Taïti, sans que dans l'une et l'autre colonie on ait pu observer un seul cas qui puisse la rapprocher

1) Bérenger-Féraud. — Maladies des Européens aux Antilles. — 1881. — Page 281.

de la fièvre jaune, semblent, à notre avis, démontrer surabondamment que la dengue n'a aucun point de commun avec le typhus amaril et nous pensons, comme M. Bérenger-Féraud, que plus d'une fois on a désigné aux Antilles, sous le nom de fièvres inflammatoires, de véritables épidémies de dengue.

« Les dénominations (1) variées qu'ont imposées à la dengue les médecins, témoignent largement de la diversité des opinions de la science sur la nature et le rang nosologique de la maladie. En fait, on peut la ranger légitimement parmi les fièvres exanthématiques de cause et de nature infectieuse. On pourrait aussi, d'après certaines vues systématiques, la classer au nombre des « maladies nouvelles » et fixer l'époque du « règne de la dengue » comme on l'a fait pour les autres grandes endémo-épidémies. »

S'il nous était permis, après tant d'autorités médicales, de donner notre opinion sur la nature de l'affection que nous avons observée, nous émettrions l'avis que la dengue est bien une maladie infectieuse, une sorte de typhus très-bénin, plus rapproché des autres typhus que de la classe des fièvres éruptives avec lesquelles elle n'a que des ressemblances de superficie.

Nous ne pouvons toutefois terminer ce chapitre sans exprimer un regret : c'est de n'avoir pu, par suite du défaut d'outillage et de notre inexpérience, nous livrer à des recherches microscopiques et histologiques qui auraient peut-être amené la découverte d'un nouveau micro-organisme.

---

(1) Mahé. — Dict. encyclop. des sciences médicales. — Art. Dengue.

CHAPITRE V

CONTAGION ET TRANSMISSIBILITÉ. ÉTIOLOGIE

Avant d'aborder la question si délicate de la contagion et de la transmissibilité de la dengue, nous allons exposer rapidement la marche qu'a suivie l'affection dans quelques-uns des principaux centres de la Nouvelle-Calédonie. Nous dirons ensuite quelques mots de la propagation de la dengue à Taïti et nous terminerons par quelques considérations sur les mesures quarantenaires prises jusqu'à ce jour contre cette affection.

1° Poste de Païta

A trente kilomètres et au Nord de la ville de Nouméa, est situé le village de Païta dont la population libre, échelonnée sur une étendue d'un kilomètre environ, ne dépasse pas 200 habitants. A côté du village se trouve un camp de la transportation où sont réunis 150 condamnés en moyenne. Après l'île Nou et la presqu'île Ducos, Païta est, sans contredit, le point de la colonie

dont les relations avec le chef-lieu sont le plus fréquentes. Du 14 décembre 1884 au 8 février 1885 le médecin major de ce poste, le docteur Touren, a observé 20 cas de dengue ; tous les malades avaient contracté le germe de l'affection à Nouméa. Malgré cette importation directe et souvent renouvelée, il n'y a pas eu à Païta un seul cas de propagation de la maladie et cependant les contaminés avaient des rapports journaliers avec leurs voisins. Ainsi, au camp de la Transportation par exemple, toute la famille du distributeur, dont les membres sont tous allés successivement à Nouméa et ont tous été successivement atteints à leur retour, a été seule contaminée lorsque les familles des surveillants, qui habitent côte à côte et qui ne sont jamais allées à Nouméa, sont restées indemnes malgré les soins qu'elles ont prodigués à la famille du distributeur. Les condamnés, dont les cases sont situées à côté de celles des surveillants, n'ont pas vu un seul cas se produire parmi eux bien qu'un des leurs, venu de Nouméa, ait été traité pour dengue à l'infirmerie qui est contigüe au camp.

Au camp de la Pirogue-Sud (distance de Païta, 15 kilomètres) où sont agglomérés plus de soixante condamnés, il n'y a eu qu'un seul cas de dengue. Le malade venait de Nouméa.

A Saint-Vincent (distance de Païta 20 kilomètres) le même fait s'est produit.

A Païta, il n'y a donc pas eu un seul cas de contagion, un seul cas de propagation.

2° Postes de Téremba et Moindou

A Moindou, le médecin-major du poste, le docteur Baumier, a eu à traiter, en décembre et janvier, douze malades pour dengue : sept colons et cinq militaires. Le premier sujet atteint fut une femme de colon qui avait passé une quinzaine de jours à Nouméa et chez laquelle l'affection se déclara trois jours après

son arrivée. Cette femme n'était pas encore guérie quand son mari tomba malade (deuxième cas). Celui-ci n'était pas allé au chef-lieu et, comme il n'y avait pas eu à Moindou d'autre cas de dengue que celui de sa femme, la contagion était ici évidente. Le troisième cas se présenta chez un homme revenant, lui aussi, de Nouméa. Cet homme, qui habitait au milieu d'une famille très nombreuse composée de sujets de tout âge et avait à son service des indigènes en assez grande quantité, ne propagea pas l'affection dans son milieu. Les quatrième et cinquième cas furent analogues aux deux premiers, au point de vue origine : ici l'affection a été importée du chef-lieu par le mari qui l'a transmise ensuite à sa femme. Enfin les sixième et septième sujets atteints furent des personnes isolées, un homme et une femme, qui n'avaient jamais quitté Moindou et par suite avaient contracté la maladie sur place. Il en fut de même pour les cinq soldats, ces derniers n'ayant pas quitté Moindou depuis plus de deux mois. Evacués sur l'hôpital de Téremba, ces militaires ne furent pas complètement isolés des autres malades et ne leur propagèrent pas l'affection.

A Moindou il y a donc eu sept cas de contagion. A Téremba, pas un seul.

4° Poste de Bourail

A Bourail il y a eu trois ou quatre cas importés qui se sont éteints sans propagation, et cependant Bourail est le centre de de l'intérieur qui compte la population la plus nombreuse. L'effectif de ce poste (personnel libre et personnel transporté) dépasse six cents habitants.

5° Poste d'Ouégoa.

Nous empruntons au rapport de M. le médecin de 1re classe Reynaud, médecin-major du poste d'Ouégoa, les renseignements

que nous donnons ci-après sur la propagation de la dengue dans le Nord de l'île. Le premier cas s'est développé sur un nommé M.., mineur de 28 ans, ayant dix ans de colonie et n'ayant jamais été malade. Cet homme habitait l'île de Belep depuis un an ; il y travaillait aux mines de Cobalt. Il avait quitté Belep le 25 décembre 1884 pour venir se fixer durant quelques mois à Ouégoa. — Vers le 12 janvier il se rendit chez le sieur X..., débitant au « Caillou », qui était arrivé de Nouméa le 6 ou le 7 janvier. X... disait avoir eu la dengue pendant son séjour dans cette ville ; il était à ce moment en convalescence. Le nature de sa maladie n'avait été constatée par aucun médecin. — Le nommé M... mangea pendant plusieurs jours chez le sieur X..., mais venait tous les soirs coucher à Ouégoa (la distance d'Ouégoa au Caillou est de 2 kilomètres 500 mètres). Les trois autres cas observés à Ouégoa ont été présentés par des femmes qui habitaient dans le voisinage de la maison du sieur X... et avaient des relations fréquentes avec la famille du sieur X...

Les R. P. Missionnaires de « Bonde » ont eu plusieurs indigènes qui ont présenté des symptômes rappelant ceux de la dengue. Leur maladie n'a pas été constatée par le médecin.

5° Poste de Hienghène

Au poste de Hienghène, l'arrivée d'un nouveau détachement de Nouméa fut le signal de l'explosion d'une petite épidémie qui se localisa dans la caserne. Les deux tiers des militaires furent atteints (30 sur 42), tous très légèrement.

6° Postes de Kanala et de Thio

Aux postes de Kanala et de Thio il y a eu quelques cas importés qui se sont éteints sans propagation.

7° *Ile des Pins*

Le 28 décembre 1884 arrivait en rade de Kato, venant de Nouméa, le transport maritime *Croix du Sud* qui assure mensuellement le service entre le chef-lieu et l'Ile des Pins (distance 76 milles marins). A bord de ce transport avaient pris passage huit soldats d'infanterie de marine et plusieurs fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Deux jours après leur arrivée, le 30 décembre, cinq soldats et trois fonctionaires furent atteints de l'affection dont ils avaient contracté le germe à Nouméa. Les premiers furent traités à l'infirmerie du poste militaire au milieu des autres malades ; quant aux seconds, ils furent soignés par les voisins qui ne cessèrent d'avoir avec eux des relations quotidiennes. Malgré cette importation de la dengue, malgré ces relations journalières, nous pourrions dire de chaque instant, on n'a pas observé à l'Ile des Pins un seul cas de contagion, un seul cas de propagation.

8° *Taïti*

Vers la fin de décembre 1884 le steamer français le *Havre* appareillait de Nouméa pour Taïti. La patente délivrée à ce navire par le directeur de la Santé portait qu'une épidémie de dengue régnait actuellement à Nouméa. La traversée fut de douze jours. A son arrivée en rade de Papeete, le capitaine du *Havre* déclara qu'il n'y avait pas eu de malades à bord depuis le départ de Calédonie et le navire fut admis en libre pratique par le médecin arraisonneur. On a su plus tard que plusieurs matelots du *Havre* avaient été malades pendant la traversée. Huit jours après l'arrivée de ce navire, des cas de dengue se montrèrent à Papeete et la propagation fut si rapide que l'affection prit, dès le début, le caractère franchement épidémique.

Le fait de la propagation de la Dengue à Taïti, suffit, à lui seul, à établir la contagion de l'affection et sa propagation à distance par contagion. Nous regrettons vivement, malgré toutes les recherches auxquelles se sont livrés les médecins de Calédonie, de n'avoir pu dissiper l'obscurité qui règne sur le mode d'éclosion de la dengue à Nouméa ; et cependant, en l'absence de preuves directes, nous sommes plutôt porté à croire à son développement sur place qu'à une propagation par contagion. Mais nous admettons que cette propagation de la dengue doit être puissamment aidée par un ensemble de conditions atmosphériques particulières et des circonstances d'agglomération et même de cohabitation auxquelles l'épidémie de Nouméa et la marche de la maladie sur les autres points de l'île semblent donner une importance du premier ordre. On a pu voir, en effet, par le court résumé que nous avons donné des faits observés dans les différents centres de la Colonie, que la propagation à distance a été clairsemée et le plus souvent nulle.

Notons encore en terminant cette particularité exceptionnelle de la dengue calédonienne ; tandis que partout ailleurs, on signale la coïncidence des épidémies avec la saison humide et des pluies abondantes, à Nouméa une sècheresse de plusieurs mois a précédé l'épidémie et s'est maintenue pendant toute sa durée.

Quoiqu'il en soit et malgré la bénignité de la dengue, nous pensons qu'une affection, qui a une si fâcheuse tendance à se généraliser au point de paralyser pendant de longues semaines l'activité normale d'une population, doit être l'objet de quelques mesures préventives. Un arraisonnement sévère, une quarantaine d'observation de quelques jours, transformable au besoin en quarantaine de rigueur pour les provenances des pays infestés de dengue, nous paraissent des précautions que l'autorité sanitaire ne doit pas négliger ; et nous fondant sur l'exemple de

Taïti, nous n'hésitons pas à affirmer que les quarantaines appliquées à Bourbon, lors de l'épidémie de 1873, avaient une durée insuffisante et qu'elles pourraient, dans certains cas, être portées jusqu'à douze jours avec l'accomplissement rigoureux des mesures de désinfection dont les exemples récents ont démontré l'efficacité.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'affection ayant présenté une benignité exceptionnelle, les moyens thérapeutiques employés contre elle ont été peu nombreux et des plus simples. Malgré l'opinion de MM. Cotholendy et Martialis, l'ipéca nous a rendu toujours les meilleurs services et nous n'avons eu qu'à nous louer de ses bons effets. Le traitement a toujours été à peu près le même. Au début nous prescrivions un ipéca à dose vomitive ; la dose variait, selon les sujets, de 1 g. à 1 g. 50 pris en deux ou trois fois. Lorsque l'ipéca n'avait pas suffisamment débarrassé les voies digestives, nous administrions le lendemain ou surlendemain un léger purgatif : la sulfate de soude, la sulfate et le citrate de magnésie sont les purgatifs salins que nous avons le plus souvent employés. Un régime léger, des boissons rafraîchissantes et acides complétaient le traitement.

Contre les douleurs musculaires et articulaires nous avons usé, avec grand profit, des liniments chloroformés et des injections

sous-cutanées de morphine. Le liniment chloroformé, auquel nous donnions la préférence, était ainsi composé :

Baume tranquille.....	60	grammes.
Laudanum	10	—
Extrait de belladone.....	10	—
Chloroforme.....	12	—

Les céphalées, le délire et les hallucinations ont été combattus par le bromure de potassium associé, suivant les cas, soit à l'opium, soit au chloral.

Pendant la convalescence nous avons eu particulièrement recours aux eaux minérales alcalines, aux toniques, aux ferrugineux, aux astringents, aux amers et à la noix vomique.

Un bon régime, des promenades et quelques exercices au grand air ont constitué le régime hygiénique.

FIN

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 Avril 1886
Le Doyen,
A. CASTAN.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 Avril 1886.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VAÏTKEN. — A system of medicine (London 1860).

HIRSCH. — Handbuck der historisch géographichen pathologie (Erlangen 1886).

THALY. — Note sur une épidémie de fièvre articulaire observée à Gorée en juin et en juillet 1865 (*Arch. de méd. navale,* 1866, 2e semestre).

REY. — Etude sur la fièvre courbaturale ou dengue (*Arch. de méd. nav.* 1868)

RUFZ DE LAVISON. — Chronologie des maladies de St-Pierre (Martinique) (*Arch. de méd. nav.* 1869).

J. ROCHARD. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Dengue.

BALLOT. — Epidémie de dengue à la Martinique (*Arch. de méd. nav.* 1870).

MAHÉ. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. dengue.

VAUVRAY. — La dengue à Port-Saïd (*Arch. de méd. nav.* 1872).

DUTROULAU. Maladies des Européens dans les pays chauds.

COTHOLENDY. — Relation de l'épidémie de dengue qui a régné à St-Denis (Réunion) (*Arch. de méd. nav.* 1873).

MARTIALIS. — La dengue aux Indes (*Arch. méd. nav.* 1874).

A. MORICE. — De la dengue, fièvre éruptive des pays chauds (*Thèse de Paris*, 1875).

FOUQUE. — Une épidémie de fièvre dengue en mer (*Thèse de Paris* 1876).

MIORCEC. — Etude sur la dengue (*Thèse de Paris*, 1876).

L. COLIN. — Traité des maladies épidémiques 1879.

BÉRENGER-FÉRAUD. — Maladie des Européens aux Antilles.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!